



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
AREA ACADEMICA DE ENFERMERIA
LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

**Proceso Atención de Enfermería a
Paciente con Insuficiencia Renal Aguda**

**Que para obtener el título de Licenciada en
Enfermería**

Presenta:

PLE Blanca Aurora Pérez Anaya

Asesor:

M.C.E. Rosa Ma. Baltazar Téllez

Pachuca, Hidalgo 22 de septiembre de 2009

Índice

1. Introducción.....	4
2. Justificación.....	5
3. Objetivos.....	7
3.1. Objetivo General:.....	7
3.2. Objetivos Específicos:.....	7
4. Marco Teórico.....	8
4.1. Etiología.....	11
4.2. Forma Directa (Nefrotóxicos).....	12
4.4. Forma Renal Indirecta.....	13
4.6. Cuadro Clínico.....	15
4.7. Diagnostico.....	15
Historia Natural Insuficiencia Renal Aguda.....	17
4.8. Tratamiento.....	18
4.9. Complicaciones.....	21
5.1. Proceso Atención De Enfermería:.....	21
5.10.1. Definición:.....	25
5.10.2. Propósito Del Proceso Atención Enfermería.....	26
5.10.3. Características:.....	26
5.10.4. Etapas Del Proceso Atención Enfermería.....	27
5.10.5. Componentes Del Diagnostico De Enfermería.....	28
5.10.6. Tipos De Diagnósticos:.....	28
5.10.8. Teoría General Del Déficit De Autocuidado:.....	30
Fase 1 Diagnostico Y Prescripción.....	40
Fase 2 Diseño Y Plan.....	42
6. Conclusiones.....	54
7. Bibliografía.....	55
8. Anexos.....	57

Agradecimientos A Dios

Que me permitió llegar hasta este camino y cumplir una más de mis metas, así mismo a la Maestra Rosa María Baltazar Téllez por la asesoría y apoyo al presente trabajo.

A mi madre

Araceli Anaya González a mi Abuelita Concepción González Rojas quienes sembraron en mí los principios para superarme y el desarrollo personal y profesional.

A mis Padrinos

Estela Lira y Leopoldo Leonar por el apoyo durante mi formación profesional

1. Introducción

La Insuficiencia Renal Aguda (IRA) como entidad patológica, una vez establecida, tiende a progresar hacia la Insuficiencia Renal Crónica (IRC). La progresión ocurre incluso cuando el proceso o enfermedad primaria ha sido tratada o es aparentemente inactiva, lo que indica que las adaptaciones y alteraciones en las nefronas que sobreviven a esa primera agresión, causan finalmente la pérdida de dichas nefronas y por lo tanto, la insuficiencia renal Terminal, siendo en general infructuosos los esfuerzos dirigidos a parar o enlentecer esta progresión¹

Los factores que tradicionalmente se han señalado como implicados en el desarrollo de la glomeruloesclerosis y en la progresión de la insuficiencia renal aguda son la hipertensión arterial sistémica (HTA), la proteinuria, la ingesta proteica diaria, la hiperlipidemia y la hipertrofia glomerular. Partiendo de este punto los profesionales de la salud, una vez diagnosticada la insuficiencia renal aguda, deberán dar un seguimiento al paciente, ya sea hospitalizado o con orientación para realizar las practicas de autocuidado en su domicilio, por lo que específicamente el profesional de enfermería se encuentra comprometido a proporcionar la atención al paciente con Insuficiencia Renal Aguda (IRA); en primer lugar en la identificación de sus necesidades para planear sus intervenciones, basadas en el Proceso Atención de Enfermería siguiendo la metodología de carácter científico bajo los conceptos del la Teoría del Déficit del Autocuidado de la teórica Dorothea Elizabeth Orem, quien enfoca sus microteorías a la satisfacción de las necesidades de Autocuidado del individuo con un enfoque holístico².

Esta metodología incluye hacer una valoración previa que determine un conjunto de diagnósticos de enfermería mismos que fundamenten

el diseño y plan de intervenciones encausadas al cuidado del paciente con IRA

2. Justificación

La Insuficiencia Renal, representa un problema de salud pública en el ámbito mundial, es producto común de enfermedades frecuentes tal como la diabetes mellitus (DM) e hipertensión arterial sistémica (HTAS).

En lo que respecta al panorama epidemiológico mundial de la situación de la Insuficiencia Renal, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2006 ha declarado que en el mundo hay aproximadamente 150 millones de personas con diabetes las cuales si no reciben un cuidado estricto de su padecimiento serán las que principalmente presente complicaciones de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica.

Por otra parte, de acuerdo con las cifras reportadas por la Fundación Mexicana del Riñón existen actualmente en México, 8.3 millones de personas con Insuficiencia Renal Aguda, 102 mil personas con IRC y 37,642 personas con tratamiento continuo de diálisis con un incremento de 11% anual en los últimos 10 años. En otros países el promedio de enfermos renales oficialmente censados son el 0.1% de la población total. Por otro lado la calidad de atención al paciente con insuficiencia renal aguda depende de su pronta recuperación o retraso de complicaciones, por lo que ésta atención deberá ser enfocada a brindar conocimientos, habilidades y actitudes en el paciente. Específicamente, para el profesional de enfermería, la teórica Dorothea Orem define el objetivo de la enfermería como: Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad".

Por lo que el paciente con Insuficiencia Renal Aguda podrá participar en su autocuidado con el apoyo de la enfermera, quien deberá plantear metas de autocuidado basadas en la identificación de los requisitos de autocuidado, a través de la valoración, el diagnóstico e intervenciones que cubran dichas necesidades de autocuidado⁴.

Para el presente Proceso Atención de Enfermería, se incorporó la teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem la cual ha aportado a la profesión de enfermería un amplio conocimiento científico. Sus conceptos principales hacen que los profesionales de enfermería se interesen en hacer aproximaciones de análisis para ejercer dichos conceptos en la disciplina; la teoría describe los cuidados que son la razón de ser del profesional de enfermería, lo que da la oportunidad de interpretar casos reales en diferentes situaciones, es una exhaustiva y detallada teoría general, constituida a su vez por tres teorías, la teoría de autocuidado, teoría de sistemas, y teoría de Déficit de Autocuidado. Su aplicación trae beneficios tanto para el paciente como para el profesional de enfermería⁵.

3.-Objetivos

3.1. Objetivo General:

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería a Paciente con Insuficiencia Renal Aguda, sustentado en la Teoría General del Déficit de Autocuidado.

3.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar las demandas de autocuidado del paciente con Insuficiencia Renal Aguda.
2. Identificar los diagnósticos de enfermería para el paciente con insuficiencia renal
3. Llevar a cabo Intervenciones de enfermería de manera eficiente siguiendo un orden metodológico y sistematizado que va desde la planeación hasta la evaluación

4. Marco Teórico.

Fisiopatología Renal

La secreción de orina y la eliminación de la economía son funciones vitales, pues en conjunto constituyen uno de los mecanismos más importantes de la homeostasis.

El sistema urinario está compuesto por riñones, uréteres, vejiga y uretra.

Riñones: Los riñones tienen forma de frijol se encuentran por detrás del peritoneo parietal situados a cada lado de la columna y se extienden desde la última vertebra torácica hasta la tercera vértebra lumbar. El riñón de un adulto pesa entre 120 y 170 g. mide de 11.25 de cm de longitud de 5 a 7 cm de ancho y 2.5 de espesor y están protegidos por musculo, costillas, fascia, grasa peritoneal, y capsula renal, lo cual protege a cada riñón. ⁶

Funciones de los riñones: formación y excreción de orina y de productos de desecho regulación del equilibrio acido-básico, regulación de electrolitos, control del equilibrio del agua, mantenimiento de la presión arterial, depuración de urea y creatinina nitrógeno ureico (BUN) renal, regulación de la producción de eritrocitos, síntesis de vitamina D, calcio y fosforo en forma activa secreción de prostaglandinas, y liberan tres hormonas importantes las cuales son la eritropoyetina hormona glicoproteica que estimula la producción de glóbulos rojos mediante la medula ósea roja, renina que regula la tensión arterial, calcitrol mantiene calcio para los huesos y el equilibrio químico normal en el cuerpo.

La orina se forma en las nefronas mediante tres pasos los cuales son: filtración glomerular, reabsorción tubular, secreción tubular.

La filtración ocurre a medida de que la sangre fluye en los glomérulos a partir de las arteriolas aferentes. El líquido filtrado entra en los tubulos renales en circunstancias normales cerca del 20% de la sangre que pasa a través de los glomérulos es filtrada hacia las nefronas para hacer cerca de 180 L día de filtrado y es agua y electrolitos.

En la reabsorción tubular y secreción tubular una sustancia se mueve del filtrado hacia los capilares peritubulares o vasos rectos hacia el filtrado tubular. El filtrado se concentra en túbulos distales y en los tubulos colectores debido a la hormona anti diurética (ADH) y se convierte en orina.

Los riñones funcionan como principales órganos excretores del cuerpo y eliminan productos de desecho del metabolismo corporal y el principal producto es la urea, de la cual se producen y excretan unos 25 a 30g al día y se debe excretar por la orina de lo contrario se acumula en los tejidos corporales también hay productos del metabolismo de las proteínas que se deben excretar como creatinina, sulfatos y fosfatos. El ácido úrico que se forma con el catabolismo de las purinas, también se elimina por orina cuando el funcionamiento de los riñones es normal, el volumen de electrolitos excretado cada día es exactamente al volumen ingerido.

Los riñones, al regular la cantidad de sodio reabsorbido, pueden hacerlo propio con el volumen de líquidos corporales. Si se excreta mas sodio del ingerido, la persona se deshidrata, si se excreta menos sodio del ingerido, el paciente retiene líquidos. La regulación de la cantidad de sodio excretada depende de aldosterona, hormona que sintetizan y liberan las glándulas suprarrenales. La aldosterona provoca la excreción de potasio en los riñones, la cantidad de potasio

consumido en la dieta, y la tasa de flujo del filtrado en los túbulos distales también influyen sobre la cantidad de potasio secretado en la orina, la retención del potasio es el efecto más grave de la insuficiencia renal. El catabolismo o degradación de las proteínas implica la generación de compuestos ácidos, en particular ácidos fosfóricos y sulfúrico, sin embargo las necesidades de excreción de ácidos suelen superar la cantidad que puede excretarse en forma directa como ácidos libres en la orina. Los fosfatos están presentes en el filtrado glomerular, al tiempo que el amoníaco se produce en células renales y se secreta en el líquido tubular. Una persona sana bebe cerca de 1 a 2 litros de agua al día de los cual por medio de la orina se excreta unos 300 a 500ml, el resto se pierde por la piel, los pulmones durante la respiración y las heces.

Los uréteres, vejiga y uretra se forma la orina en el interior de las nefronas, fluye hacia el uréter, un tubo fibromuscular largo que conecta a cada riñón con la vejiga urinaria que es un saco muscular hueco ubicado por detrás del hueso pubico que puede almacenar entre 300 y 500ml de orina.

La uretra surge de la vejiga en el varón pasa atrás del pene y en la mujer se abre justo anterior a la vagina. En el varón la glándula prostática, que hace justo por debajo del cuello de la vejiga, rodea la uretra en sentido posterior y lateral. El esfínter urinario externo es un músculo voluntario redondo que controla e inicio de la micción.

Insuficiencia renal aguda (IRA) es un síndrome clínico caracterizado por una disminución brusca (horas a semanas) de la función renal y como consecuencia de ella, retención nitrogenada y se caracteriza porque los riñones no eliminan los desechos metabólicos ni desempeñan sus funciones reguladoras. La etiología es múltiple y aún en la actualidad la morbilidad y mortalidad es elevada. Su incidencia en pacientes hospitalizados es aproximadamente 5% y hasta de 30% en admisiones a Unidades de Cuidados Intensivos. La

característica fundamental es la elevación brusca de las sustancias nitrogenadas en la sangre (azoemia) y puede acompañarse o no de oliguria. Las formas no oligúricas (volumen urinario >400 cc/24h) son las más frecuentes, representando alrededor del 60% y generalmente son oligosintomáticas y pueden pasar desapercibidas².

4.1. Etiología

La Insuficiencia Renal Aguda es un síndrome de etiología múltiple, pero para el enfoque diagnóstico usualmente se divide en pre renal, post-renal e Insuficiencia Renal Aguda intrínseca. En la forma pre renal o azoemia pre renal, la retención de sustancias nitrogenadas es secundaria a una disminución de la función renal fisiológica debido a una disminución de la perfusión renal, como ocurre en deshidratación, hipotensión arterial, hemorragia aguda, insuficiencia cardiaca congestiva, hipoalbuminemia severa, etc. Como no hay necrosis del tejido renal, la retención nitrogenada revierte antes de las 24 horas de haber logrado una adecuada perfusión renal. La insuficiencia renal aguda postrenal, es usualmente un problema de tipo obstructivo que puede ocurrir en diferentes niveles: uretral, vesical. En estos casos, también, si la obstrucción persiste por periodos prolongados el paciente desarrollará insuficiencia renal aguda intrínseca. En la insuficiencia renal intrínseca, hay daño tisular agudo del parénquima renal y la localización del daño puede ser glomerular, vascular, tubular o intersticial. La forma más frecuente de insuficiencia renal aguda intrínseca, es la necrosis tubular aguda (NTA), siendo la causa más frecuente de ésta la hipoperfusión renal prolongada⁷.

4.2. Forma directa (nefrotóxicos)

Dentro de las causas la más importante es el uso de antibióticos nefrotóxicos solos o en combinación con otras drogas nefrotóxicas. Entre estas tenemos principalmente a los aminoglicosidos usados solos o en combinación con cefalosporinas o furosemida y anfotericina, se ha descrito algunos factores de riesgo para desarrollar nefrotoxicidad por aminoglicósidos, dentro de los cuales se señalan el nivel sérico, el sexo femenino y la presencia de enfermedad hepática e hipotensión arterial (1). Las sustancias de contraste, también pueden producir IRA principalmente en pacientes con insuficiencia renal crónica de base, diabéticos y con mieloma múltiple (5). La fisiopatología no es muy clara pero probablemente esté relacionado a la toxicidad directa de la sustancia de contraste sobre los túbulos renales o a isquemia renal. Se ha observado en pacientes sometidos a urografía excretora, arteriografía e incluso venografía y su incidencia en pacientes con función renal normal es entre 0.6 y 1.4%, mientras que en diabéticos con insuficiencia renal, la incidencia excede el 90% (5). Otras drogas importantes a tener en cuenta no por su efecto tóxico directo renal, sino por su efecto inhibidor de prostaglandinas (prostaglandinas producen un efecto antagónico a angiotensina en la arteriola aferente), son los antiinflamatorios no esteroideos que pueden producir IRA en pacientes que tienen estimulado el eje reninaangiotensina-aldosterona, tal como ocurre en los pacientes con lupus eritematoso sistémico, en pacientes con hipoalbuminemia crónica o con insuficiencia renal preexistente⁸

4.4. Forma renal indirecta

Hipoperfusión renal.- La hipoperfusión renal prolongada, es la causa más frecuente de NTA y es observada en pacientes sometidos a cirugía mayor, trauma, hipovolemia severa, sepsis y quemados (1). Un estudio realizado en India, mostró que la incidencia de IRA fue más alta en cirugía pancreática (8.2%) y en cirugía cardiaca abierta (3%) y los factores etiológicos responsables fueron hipotensión arterial perioperatoria (67%), sepsis (64%) y drogas nefrotóxicas (29%)(9). El riesgo de NTA isquémica después de cirugía cardiaca correlaciona directamente con la duración del bypass cardiopulmonar y el grado de disfunción cardiaca postoperatoria (1,10). NTA es una complicación frecuente en cirugía aórtica de emergencia en pacientes con ruptura de aneurisma abdominal o en procedimientos electivos sobre el nacimiento de las arterias renales (1). Así mismo, se señala que en cirugía valvular especialmente aórtica, la incidencia de IRA es mayor, aún ajustando al tiempo de cirugía.¹

Sin embargo, en muchos de los casos la etiología es multifactorial. La NTA que ocurre en trauma es debida generalmente a un efecto combinado de hipovolemia y mioglobina u otras toxinas liberadas por daño tisular.

En los pacientes con quemaduras de más del 15% de su superficie corporal, la NTA se produce por hipovolemia, sepsis y antibióticos nefrotóxicos. En algunos casos de intoxicación por anfetamina, se ha descrito IRA y la etiología probable es la asociación hipotensión arterial. La anfetamina, estimulante de los últimos años produce hipertermia, trastornos cardiovasculares, hipertensión arterial e isquemia cardiaca, renal, cerebral y de otros órganos.⁹⁷

La fisiopatología de la NTA aún en la actualidad no es clara. Existen tres hipótesis principales que intentan explicar la fisiopatología de la IRA intrínseca y es posible que las tres tengan un rol importante en su desarrollo.

Cambios en el glomérulo: La disminución de la perfusión glomerular (ejemplo redistribución sanguínea desde la corteza a la médula), la vasoconstricción de la arteriola aferente o la vasodilatación de la arteriola eferente que disminuyen la presión de filtración; la constricción del mesangio que disminuye la superficie glomerular y finalmente la disminución de la permeabilidad capilar glomerular se reflejan en una disminución de la tasa de filtración glomerular.

Los mecanismos responsables de la vasoconstricción intrarenal y de la hipoperfusión de la médula externa aún no han sido bien definidos y probablemente participen muchos factores.

Hay evidencia que endotelina es un importante mediador de la vasoconstricción tanto en la forma tubular como en la insuficiencia renal en el periodo de perfusión. También hay evidencia que la isquemia reduce la liberación de óxido nítrico (NO) de las células epiteliales en el riñón. La deficiencia de NO produce vasoconstricción, debido a que no juega un rol importante en la regulación del tono vascular renal y sistémico, manteniendo una vasodilatación basal de la arteria renal ^{10 11}.

Obstrucción tubular: Se origina a partir de detritus celulares y otros provenientes de las células tubulares dañadas y de precipitación de proteínas ^{10,11}

Daño tubular: Causa disfunción tubular y retorno del ultra filtrado urinario hacia la circulación renal ^{10,11}

Las anomalías en la función de la célula epitelial tubular que conlleva a obstrucción y ultrafiltrado, pueden ser entendidas solo comprendiendo las alteraciones en la biología celular que resultan de la derivación de oxígeno. Una caída de los niveles celulares de ATP es un evento temprano después de la deprivación de oxígeno como consecuencia de isquemia, hipoperfusión o hipoxia, e inicia una cascada de eventos bioquímicos que llevan a la disfunción celular, forma subletal y eventualmente muerte celular.

4.6. Cuadro clínico

General Fatiga, debilidad aspecto lívido, crónicamente enfermo. Piel prurito, letargo, palidez equimosis excoriaciones, edema xerosis, oídos nariz, garganta sabor metálico en boca epistaxis aliento urinario. Ojo conjuntiva pálida, pulmonar falta de aire estertores, derrame pleural, Cardiovascular disnea con ejercicio dolor retrosternal por inspiración pericarditis hipertensión cardiomegalia, frotón fricción, gastrointestinal anorexia, náuseas, vómito, hipo, genitourinario, nicturia impotencia isostenuria, Neuromuscular entumecimiento y calambres en las piernas. Neurológico, irritabilidad generalizada e incapacidad para concentrar, disminución de la libido, estupor, asterixis mioclono, neuropatía periférica¹

4.7. Diagnóstico.

Valoración historia clínica del paciente, anamnesis, exploración física, identificación del cuadro clínico.

Exámenes de laboratorio: Grupo y RH Biometria Hemática TP, TPT, Química sanguínea, Examen general de orina de 24horas, para medir calcio, ácido úrico, creatinina BUN, sodio, pH y volumen total, Antibiograma, Estudios de gabinete, Ultrasonografía, Radiografía, resonancia magnética, biopsia renal. urografía excretora.

Historia Natural Insuficiencia Renal Aguda

Período Prepatogénico	Período Patogénico	E T A P A
<p style="text-align: center;">Agente</p> <p>BIOLOGICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Químicos Exógenos: Intrarrenales Prerrenales. ▪ Mecánicos, <p>Factores del huésped</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad: en cualquier etapa de vida. ▪ Ocupación: En cualquier área laboral ▪ Grupo étnico: en cualquier grupo étnico. <p>Factores del ambiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zona urbana clima, flora, fauna ▪ Nivel social y económico. <p>Estimulo desencadenante Agente con huésped susceptible.</p>	<div style="position: relative; height: 150px;"> <div style="position: absolute; top: 10%; left: 60%; border: 1px solid black; padding: 5px;">Neuropatias, Glomerulonefritis, Diabetes Pielonefritis</div> <div style="position: absolute; top: 25%; left: 50%; border: 1px solid black; padding: 5px;">Temporal o definitiva Psicológica</div> <div style="position: absolute; top: 40%; left: 40%; border: 1px solid black; padding: 5px;">Hipertension, anemia, Hipercalcemia Pericarditis</div> <div style="position: absolute; top: 55%; left: 30%; border: 1px solid black; padding: 5px;">Calculos tumores, Estenosis, coagulos de sangre daño intersticial vascular,</div> </div>	<p style="font-size: 2em;">C L Í N I C A</p>
	<p>Prurito, nauseas, vomito diarrea deshidratación,</p> <p>Mecanismos Patogénicos del agente locales y /o sistémicos</p> <p style="text-align: center;">Vs Mecanismos Defensivos. Respuesta Inmune del Huésped. Inespecífica y específica.</p> <p>Cambios tisulares: Las sustancias que se eliminan por la orina se acumulan en los líquidos corporales y alteran las funciones metabólicas y endocrinas, y el equilibrio de liquido y electrolitos.</p> <p>período de incubación:</p> <p>Localización y multiplicación del agente: Riñón deficit del filtrado glomerular</p> <p>Recuperación no recuperable, solo con medidas de soporte de acuerdo al control higienico dietético y apego al tratamiento medicamentoso</p>	<p style="font-size: 2em;">E T A P A</p> <p style="font-size: 2em;">S U B C L Í N I C A</p>

4.8. Tratamiento

El objetivo es retener la función renal y mantener la homeostasia, al principio el tratamiento se lleva a cabo con dieta y restricción de sodio también tratamiento farmacológico como antieméticos, antiácidos, agentes antihipertensivos y cardiovasculares, anticonvulsivos, eritropoyetina, tratamiento depurativo como diálisis peritoneal manual y hemodiálisis.

Farmacoterapia. Puede prevenirse mediante fármacos antipertensivos, eritropoyetina, complementos de hierro, agentes fijadores de fosfato y complementos de calcio, también es muy importante que el paciente reciba diálisis para reducir el nivel de productos urémicos. La hiperfosfatemia e hipo calcemia se tratan con antiácidos a base de aluminio que se une al fosforo de la dieta en tracto digestivo¹².

Agentes antihipertensivos y cardiovasculares. La insuficiencia cardiaca congestiva y el edema pulmonar también requieren tratamiento con restricción de líquidos, dieta baja en sodio, diuréticos, agentes inotrópicos, como digitalicos o dobutamina y diálisis. En general, la acidosis metabólica de la insuficiencia renal crónica no produce síntomas ni requiere tratamiento, aunque se necesitan complementos de bicarbonato de sodio o diálisis para corregir los indicios de acidosis si llegan a presentarse. Agentes anticonvulsivos pueden presentarse anomalías neurológicas que exigen observar al paciente para detectar con oportunidad cualquier evidencia de contracción espasmódica de los músculos, cefalea, delirio o convulsiones, la enfermera debe registrar por escrito el momento en que iniciaron las convulsiones, así como tipo duración y efectos generales en el enfermo. Suele utilizarse diazepam o fenitoina por vía intravenosa para controlar las convulsiones.

La anemia relacionada con la insuficiencia renal crónica se trata con eritropoyetina humana recombinante, los pacientes anémicos presentan síntomas no específicos como malestar, fatiga generalizada y reducción de la tolerancia a la actividad se inicia tratamiento con eritropoyetina recombinante para lograr un hematocrito de 33 a 38%, que en general alivia los síntomas de la anemia el fármaco se administra por vía intravenosa o intramuscular 3 veces a la semana y el resultado se observa al cabo de 2 a 6 semanas de tratamiento, entre los efectos adversos de dicho tratamiento se incluyen hipertensión, especialmente el tipo de tratamiento, el tratamiento indica ajustes de heparina para evitar la coagulación de las ondas de diálisis contra frecuente de hematocrito y valoración periódica de hierro en suero y niveles de transferrina. Además se vigilan la presión arterial y los valores de potasio sérico para descubrir hipertensión e hipercalemia, las cuales suelen aparecer con la administración de eritropoyetina. La presencia de hipertensión requiere inicia o ajustar el tratamiento antihipertensivo.

Al deteriorarse la función renal se necesita intervención dietética con regulación cuidadosa del consumo de proteínas líquidos para equilibrar las pérdidas de estos, sodio a fin de compensarlas perdidas del mineral y restricción moderada de potasio. Al mismo tiempo, hay que garantizar un consumo adecuado de calorías con complementos vitamínicos. La restricción de vitaminas es moderada por que los productos de degradación de las proteínas alimenticia e hísticas como la urea, creatinina, ácido úrico y ácidos orgánicos se acumulan con rapidez en la sangre cuando el riñón no los deshecha de inmediato.

La ración permitida de proteínas incluye productos de alto valor biológico que son las más completas y las que aportan aminoácidos esenciales para el crecimiento y reparación celulares.

Por lo regular, la ración permitida de líquidos es de 500 a 600 ml por arriba del volumen de diuresis en 24 horas. Las calorías se

proporcionan por medio de carbohidratos y grasas para evitar la emaciación. Se necesitan complementos vitamínicos por que la dieta baja en vitaminas no aporta las cantidades necesarias de vitaminas. Además, los individuos sometidos a diálisis pierden vitaminas hidrosolubles presentes en la sangre durante los tratamientos.

Normalmente la hipercalemia se previene con tratamientos de diálisis que eliminen el potasio y controlen en forma minuciosa el contenido de este en todos lo medicamentos, tanto orales como intravenosos. Se prescribe una dieta con restricción de potasio.

El enfermo con insuficiencia renal crónica necesita atención de enfermería como la asistencia diaria a su patología para evitar complicaciones de la disminución de la función renal, el estrés y la angustia de enfrentarse a una enfermedad que puede acabar con la vida¹².

Trasplante de riñón humano.

Es un tratamiento de elección para la mayoría de los pacientes con nefropatía en etapa terminal. Los pacientes escogen el trasplante por diversas razones como evitar la diálisis para mejorar su sensación de bienestar y llevar una vida normal. El trasplante renal consiste en injertar el órgano de un donador vivo o un cadáver en un receptor con nefropatía en etapa terminal. Los trasplantes renales de donadores vivos compatibles que son familiares del sujeto (con anticuerpos compatibles (ABO y HLA) tienen más éxito que los donadores ya fallecidos. Antes del trasplante puede llevarse a cabo una nefrectomía de los riñones del paciente. El riñón trasplantado se injerta en la fosa iliaca en el plano anterior a la cresta del mismo nombre. Luego se trasplante el uréter del riñón injertado a la vejiga o se anastomosa al uréter del receptor. El objetivo del tratamiento es tratar de normalizar el estado metabólico del sujeto. Para detectar y tratar cualquier alteración que pudiera ocasionar complicaciones después del trasplante se hace un examen físico completo previo a la operación. Se analiza el tipo de

tejido, sangre y anticuerpos para determinar la compatibilidad de los tejidos y células de donador y receptor. Para identificar los trastornos que exigen tratamiento previo al trasplante se llevan a cabo numerosas pruebas de diagnosticas. La porción inferior del tracto urinario se estudia para valorar la función del cuello y de la vejiga y detectar reflujo uretral.

4.9. COMPLICACIONES.

Las complicaciones potenciales de la insuficiencia renal crónica son hipercalemia derivada la reducción de la excreción, la acidosis metabólica, el catabolismo y el consumo excesivo de alimentos, medicamentos, líquidos.

Pericarditis, derrame pericardio y taponamiento pericardio por retención de productos urémicos de desecho y diálisis inadecuada.

Hipertensión por retención de sodio, agua y funcionamiento inadecuado del sistema renina – angiotensina- aldosterona.

Anemia derivada de la reducción de la eritropoyetina, disminución de la vida de eritrocitos sangrado del tacto gastrointestinal por toxinas irritantes y perdida de la sangre durante la hemodiálisis.

Enfermedades Oseas y calcificaciones metastacicas por la retención de fosforo, niveles disminuidos de calcio en suero, metabolismo anormal de la vitamina D e incremento de los niveles de aluminio.

5.10. Proceso Atención de Enfermería:

Además de conocer los requisitos de auto cuidado relativos al desarrollo, la enfermera puede realizar el proceso de enfermería, en las diferentes etapas de la vida, trazándose acciones que promuevan el desarrollo del individuo y la prevención de enfermedades que afectan dicho desarrollo.

Orem describe tres etapas del proceso de enfermería, la primera implica determinación de por qué una persona debe recibir atención de enfermería. Se considera que no es más que la etapa de valoración, con la cual, la enfermera encaminará su marcha, detectando las necesidades afectadas y enunciando su diagnóstico.

Para Orem la segunda etapa incluye el diseño de un sistema de enfermería que dé por resultado, la consecución de las metas de salud, esta etapa incluye básicamente la planificación de métodos para satisfacer las necesidades de autocuidado, teniendo en cuenta las limitaciones existentes⁵.

Se piensa que esta etapa no es más que la intervención de enfermería, donde la enfermera diseña y aplica un plan de acción para compensar las limitaciones expresadas como déficit de autocuidado, poniendo de manifiesto la relación estrecha entre enfermera y paciente durante la realización del plan de cuidado.

Plantea que la tercera etapa se refiere a la implementación y evaluación de las acciones diseñadas para superar las limitaciones de autocuidado, proporcionar atención terapéutica y prevenir el desarrollo de nuevas limitaciones de autocuidado.

El proceso de enfermería, que se aplica en las instituciones de salud, en la actualidad, culmina, como bien dice Orem, con una evaluación exhaustiva, del plan de acción, reflejado en la respuesta del paciente a la intervención brindada. Los enfermeros no solo tendrán presente resolverle la necesidad existente, sino, después de resueltas, evitar la reaparición de esa o de otra.

En consecuencia de un razonamiento crítico de esta teoría, lleva a deducir, que Orem forma como base, los requisitos de autocuidado universal, relativos al desarrollo y cuando falla la salud, por lo que se producen trastornos del auto cuidado con respecto a esto, siempre vinculado al proceso de enfermería brinda el conocimiento para elevar el nivel de aplicación de estos datos empíricos en la práctica.

Con la teoría de los sistemas de enfermería descrita por Orem, la enfermera emprende un plan de acción que le ayudará a mejorar su modo de actuación en dependencia del trastorno de salud o de la necesidad afectada del individuo, apoya y protege al mismo, por lo que es importante que se conozca que la enfermera consta de un sistema totalmente compensador en el cual brinda y maneja la atención, hace juicios y toma decisiones sobre el cuidado del paciente, ya que este está totalmente incapacitado para realizar su auto cuidado. Por otra parte, el personal de enfermería tendrá que ser más exhaustivo para realizar una correcta valoración, y la detección de las necesidades afectadas del paciente incapaz de cualquier acto deliberado, pudiendo entonces diagnosticar, tratar y evaluar el trabajo.

Por otra parte en el sistema parcialmente compensador tanto la enfermera como el paciente realizan acciones de atención, mientras que en el sistema educativo y de apoyo el paciente es capaz de desempeñarla y puede o debe aprender a ejecutar las actividades necesarias de auto cuidado.

Estos aspectos tratados anteriormente ayudarán a aplicar el método científico, realizando acciones de enfermería más concretas, debido a que se puede tener el apoyo de la persona afectada.

Es importante señalar que el modelo de Orem se aplica en el proceso Atención de enfermería siguiendo todas las etapas que se aplican en la actualidad¹¹.

Los cuidados de salud constituyen un campo de investigación cada vez más frecuentado por investigadores procedentes de diversas ramas del saber como la Medicina, la Enfermería, la Antropología o la Historia, entre otras. Centrados en la Enfermería, ese interés creciente queda puesto de manifiesto en la celebración de cursos, jornadas y congresos que abordan de manera monográfica algún aspecto de la metodología enfermera, así como en publicaciones

específicas sobre el tema, todo ello con la finalidad central de contemplar la Enfermería como una disciplina autónoma en el conjunto de las profesiones de las Ciencias de la Salud, aspiración largamente deseada como se demuestra cuando echamos una mirada al pasado del quehacer enfermero en nuestro país⁵.

La meta final de toda profesión es mejorar la aptitud práctica de sus integrantes de modo que los servicios prestados tengan la mayor eficacia. Por ello, la importancia de la investigación en Enfermería está siendo cada vez más reconocida, enmarcándose en la idea de que la contribución a la creación y el desarrollo de nuevos conocimientos que mejoren y fundamenten la práctica clínica es una responsabilidad moral frente a los pacientes, la profesión y el sistema de salud.

El disponer de un área de conocimiento especializado es una condición indispensable para ser reconocidos como profesionales de pleno derecho por los miembros de las restantes disciplinas y por el público en general. Este conocimiento se obtiene a través del **método científico** y el producto de éste (las **teorías**) ¹¹.

Al mismo tiempo y teniendo en cuenta que la Enfermería es una disciplina teórico-práctica, si las ideas innovadoras no surgen de la práctica pueden correr el riesgo de ser irreales y carecer de utilidad. Del mismo modo, la práctica desprovista de bases teóricas, y que no permite que éstas se desarrollen, no construye disciplina.

El método científico se rige por un orden en sus acciones y constituye el modo de analizar o resolver cualquier aspecto de nuestra experiencia práctica. El método científico va dirigido a:

Ordenar las actividades científicas.

Ordenar los conocimientos obtenidos.

Ordenar las investigaciones hacia un fin.

La aplicación del método científico se concreta como medio de trabajo e instrumento de investigación. Los objetivos inmediatos que se consiguen son:

En la **práctica**: solucionar problemas.

Aplicando el método científico sabemos cómo afrontar un problema, la secuencia de ideas y acciones que hay que llevar a cabo de una forma sistemática para llegar a una solución o a un fin.

En la **investigación**: ampliar conocimientos válidos.

Estos conocimientos alcanzan el carácter de ciencia porque se adquieren mediante un proceso sistemático, lógico y objetivo.

El método científico en Enfermería recibe el nombre de Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.)¹³.

5.10.1. Definición:

El Proceso Atención Enfermería se centra de forma individualizada en la identificación y tratamiento de las respuestas a procesos vitales y alteraciones de la salud reales o potenciales.

Algunas definiciones del mismo son:

El proceso enfermero es un método de identificación y resolución de problemas. Aunque derivado del método científico objetivo, según cabe suponer, el proceso enfermero no se aplica de una forma objetiva y libre de valores. Los valores humanos influyen tanto en la identificación del problema como en su resolución. Marjorie Gordon.

“Método sistemático y organizado de administrar cuidados de Enfermería individualizados y que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del individuo, familia o comunidad a procesos vitales, alteraciones de la salud reales o potenciales

En la definición propuesta por J.M. Deiminger⁽³⁾ se nos muestra un proceso enfermero útil tan sólo en aquellas circunstancias de cuidados que vayan dirigidas hacia un individuo y parecen quedar excluidas aquellas situaciones de cuidados que desarrollamos las enfermeras cuando el usuario de nuestros servicios es una familia, un grupo o la comunidad:

Un carácter más amplio y abierto del proceso enfermero parece encontrarse en la definición que nos proporciona A. Griffin⁽⁴⁾. Para esta autora, el proceso enfermero es “una trayectoria progresiva” que contiene tres dimensiones: propósito, organización y flexibilidad.

5.10.2. Propósito del Proceso atención enfermería

El **propósito** es dotar a la enfermera de una estructura para poder prestar atención identificando las respuestas del sujeto.

La **organización** es la estructura que tiene el proceso enfermero en la que podemos ver un orden y secuenciación en etapas que a su vez tienen una organización interna en fases.

La **flexibilidad** para que el proceso pueda ser utilizado en cualquier situación de Enfermería, es decir, permite ser utilizado cuando el sujeto de los cuidados es una persona o cuando es una comunidad, siéndonos útil para la prestación de cuidados en todos los niveles de salud⁹.

5.10.3. Características:

Es **sistemático**, no deja nada al azar.

Es **dinámico**, permanece en continuo cambio.

Es **interactivo**, permite la colaboración constante entre enfermera y cliente.

Es **flexible**, se adapta a cualquier circunstancia de cuidados.

Requiere de un **modelo conceptual** que le dé sentido.

Se orienta a unos **objetivos** claros y precisos.

Es un **elemento esencial** para la historia de la salud de los sujetos de cuidados.

5.10.4. Etapas del Proceso Atención Enfermería.

La etapa de valoración: cuando nos disponemos a realizar cualquier acción, necesitamos obtener información que nos permita identificar la necesidad de dicha acción y las características que debe tener. La etapa de valoración nos permite precisamente esto. Valorar la situación del sujeto en el proceso de cuidar en Enfermería pone de manifiesto el carácter autónomo de nuestra actuación, que exige dotarnos de información suficiente para dar una respuesta profesional a la demanda de cuidados de los sujetos, permitiendo adaptar la respuesta a cada uno de ellos y modificarla si fuera necesario en respuesta a posibles cambios¹³.

La etapa de diagnóstico: cualquier profesional que deba atender y dar respuesta a una situación que competa a su ámbito profesional necesita poder nombrar la situación, es decir, etiquetarla, utilizando un lenguaje que permita la comunicación clara entre todos los miembros del colectivo profesional. El diagnóstico, por tanto, ha de verse como un intento de homogeneizar el lenguaje profesional de las enfermeras.

Los diagnósticos son sólo etiquetas que nos permiten identificar y nombrar las situaciones de cuidados que tratamos. Esta afirmación

nos obliga a reconocer la insuficiencia de dicho lenguaje dada la complejidad, variedad y diversidad con la que caracterizamos el proceso de cuidar en Enfermería. Por tanto, el diagnóstico no debe plantearse como una etapa terminal o el fin en el proceso de cuidar, sino que es el resultado del proceso de valoración, el punto de arranque para la planificación y el referente junto con los objetivos para la evaluación. En todo ello radica su importancia¹¹.

5.10.5. Componentes del diagnóstico de enfermería

Etiqueta descriptiva o título.- Es una frase o término que representa un patrón.

Definición. Expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

Características definitorias.- Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, esta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico.

Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos.

Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

5.10.6. Tipos de diagnósticos:

Real: representa un estado que a sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes que lo definen y factores

relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término “real” no forma parte del enunciado. Un diagnóstico de enfermería real, consta de tres partes, forma el PES problema (P) más etiología, factores causales o contribuyentes (E) más signos y síntomas (S) Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Alto riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo 1.a descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedido por el término “alto riesgo” consta de dos componentes, formato PE: problema (P) más etiología factores contribuyentes (E).

Posible: Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE problema (P) más etiología factores contribuyentes (E).

De bienestar juicio clínico respecto a una persona grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado deben de estar presentes dos hechos deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte conteniendo solo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se pueda lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz¹⁴.

Ejecución:

Consiste en llevar a cabo el plan de cuidados. Durante esta fase la enfermera continua recogiendo datos para obtener información que permitirá la evaluación de los objetivos, si el plan de cuidados es realista y ayuda al cliente a lograr las respuestas o metas deseadas,

si se han considerado las prioridades del cliente, si el plan esta individualizado para cubrir las necesidades particulares de este.

Evaluación:

Es la última etapa del proceso se valora la respuesta del cliente a las actuaciones de enfermería y después se compara esta respuesta a los estándares fijados con anterioridad. La enfermera determina en que medida las respuestas esperadas han sido alcanzadas, parcialmente alcanzadas o no concedidas¹¹.

5.10.8. Teoría General del Déficit de Autocuidado:

DOROTHEA ELIZABETH OREM

Nació en Baltimore, Maryland, la menor de dos hermanas, inicio su carrera profesional en la escuela de Enfermería de Providence Hospital, de Washington, D.C. donde obtuvo el diploma de Enfermería por esta misma universidad en 1930, En el desempeño de su profesión, Orem trabajo como enfermera privada y de hospital y ejerció la docencia. Desde 1940 a 1949 fue directora de la escuela de enfermería y del departamento de enfermería del Province Hospital de Detroit. Tras abandonar esta ciudad, paso siete años en Indiana donde trabajo en la División de servicios Hospitalarios e Institucionales del Board of Health del estado de Indiana. En estos años su meta principal era mejorar la calidad de enfermería en los hospitales generales de todo el estado, fue en esta época cuando perfilo su definición de la práctica de enfermería. En 1957 se traslado a Washington D.C. contratada por el Departamento de sanidad, Educación y Bienestar del Office of Education de los estados unidos como asesora de programas de estudios desde 1958

hasta 1960. Durante su permanencia en este departamento trabajo en su proyecto para mejorar la formación en enfermería práctica lo que la indujo a plantearse cuál era verdaderamente el ámbito de interés de esta disciplina. Su respuesta a esta pregunta está en su manual *Guidelines for Developing Curriculum for the Education of Practical Nurses* publicada en 1959. En este mismo año, Orem se convirtió en profesora adjunta de enfermería en The Catholic University of America. Más tarde ejerció como decana en funciones de la Escuela de Enfermería de esta universidad y como profesora asociada de educación de enfermería. Durante su estancia en The Catholic University siguió depurando sus conceptos de enfermería y de autocuidado. De su obra *Nursing Concepts of Practice* se publicaron nuevas ediciones en 1980, 1995. Orem se retiró en 1984 y, desde entonces reside en Savannah, Georgia dedicándose a leer y viajar, de forma ocasional, a ofrecer su colaboración como asesora y conferenciante para explicar sus teorías en reuniones de enfermería. A lo largo de su carrera ha trabajado en solitario y en colaboración con otros colegas para el desarrollo conceptual de la llamada teoría del déficit de autocuidado en enfermería.¹⁵

La teoría del déficit del autocuidado es una síntesis de los conocimientos sobre las entidades teóricas del autocuidado (y el cuidado dependiente), la agencia de autocuidado (y la agencia de cuidado dependiente), la demanda de autocuidado terapéutico, la entidad relacional del déficit de autocuidado, y la agencia de enfermería. Esta teoría general de enfermería, expresa en términos de las entidades teóricas mencionadas e introduce afirmaciones existentes entre ellas, tales como adultos maduros comprometidos con el autocuidado. (Orem, 1993)³.

En cada una de las tres teorías, cuatro categorías de entidades de postulados establecen la ontología, las realidades que son los

centros de las teorías:

1. Las personas en su localización temporoespacial
2. Los atributos o propiedades de estas personas
3. El movimiento o cambio
4. Los resultados producidos.

Conceptos Paradigmáticos de Enfermería

Persona: Orem define a la persona como el paciente (receptor del cuidado de enfermería), un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas, sociales y con potencial para aprender y desarrollarse, con capacidad para reconocer, que puede realizar una acción deliberada, interpretar experiencias y llevar a cabo acciones beneficiosas.

Entorno: El entorno consta de factores, elementos y condiciones ambientales y de desarrollo (promoción del desarrollo personal mediante la motivación para establecer metas apropiadas y adaptar la conducta, para la satisfacción de estas metas, incluye la formación o el cambio de actitudes y valores, creatividad, autoconcepto y desarrollo físico.

Salud: Orem describe la salud como un estado caracterizado por la firmeza o totalidad de la estructura y el funcionamiento corporal. La salud consta de aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales, estos aspectos son inseparables.

Enfermería: Orem considera la enfermería como un servicio dirigido a la ayuda de uno mismo y de otros. Utiliza tecnología especial, entre ellas tecnologías sociales e interpersonales (comunicación, coordinación de relaciones entre grupos, establecimiento y mantenimiento de relaciones terapéuticas, y prestación de asistencia) y tecnologías reguladoras (mantenimiento y promoción de los procesos de vida, regulación de las formas psicológicas de funcionamiento, y promoción del crecimiento (Orem, 1982)⁵.

Supuestos principales de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.

En 1970 Orem formuló los supuestos básicos de su teoría general, con cinco premisas básicas que describen una teoría general de la enfermería:

1. Los seres humanos necesitan estímulos continuos deliberados que actúen sobre ellos y sobre su entorno para seguir vivos y proceder de acuerdo con la naturaleza.
2. La actividad del hombre, la capacidad de actuar de forma deliberada, se ejerce a través de los cuidados que se prestan a uno mismo o a los demás, para identificar las necesidades y crear los estímulos precisos.
3. Las personas maduras experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción a la hora de cuidar de sí mismo o de los demás, mediante aportaciones que permiten el mantenimiento de la vida y la regulación de las funciones vitales.
4. La actividad humana se ejerce mediante el descubrimiento, desarrollo y transmisión a los demás de formas o métodos que ayuden a identificar las necesidades y a conseguir estímulos para uno mismo y para los demás.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan responsabilidades para prestar ayuda a los miembros del grupo que padecen privaciones y aportar los estímulos necesarios para uno mismo y para los demás. (Orem, 1993).

Factores condicionantes básicos: Son los atributos, características, propiedades o consentimientos internos o externos de persona, que la hacen única, cada factor es individual en sus

requisitos de AC, un factor es un elemento constitutivo que contribuye condicionando y modificando las necesidades de AC, estos son : la edad, el género, lo espiritual, estado de desarrollo, estado de salud, sistema de salud, sociocultural , sistema familiar, patrones de vida, ambiente y recursos disponibles (Orem, 1982) Y son diez edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, sistema familiar, patrón de vida (actividades cotidianas), factores ambientales, disponibilidad de recursos.

Teoría del autocuidado

Dentro del contexto de la vida diaria, en los grupos sociales y su localización temporoespacial, las personas maduras y en proceso de maduración realizan acciones y secuencias de acciones aprendidas dirigidas hacia si mismas o hacia características ambientales conocidas o supuestas para cubrir requisitos identificados para el control de factores que promueven o afectan adversamente, o interfieren la relación continuada de su propio funcionamiento o desarrollo, para contribuir a la continuación de la vida, el automantenimiento y a las salud y bienestar personal (Orem, 1993). Estas acciones intentan resolver diferentes tipos de requisitos o necesidades como:

Requisitos universales de Autocuidado Universal que representan las acciones humanas que se producen a partir de las condiciones internas y externas del individuo, y que mantienen la estructura y mantenimiento humano son comunes a todas las personas y son mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua, alimento provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo, soledad e interacción social, prevención de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humano, promoción del funcionamiento

y desarrollo humano dentro de los grupos sociales..

Requisitos del desarrollo se refieren a aquellas necesidades específicas particulares de la persona que se derivan de una condición relacionadas con el proceso de maduración desarrolladas por la persona debido a situaciones tales como: adaptación a pérdidas o cambios.

Requisitos de desviación de la salud, estos se originan como consecuencia de la presencia de enfermedad o alteraciones de la salud y/o tratamientos, estos requisitos expresan la necesidad de cuidar y las acciones para resolver como: asistencia de enfermería o médica. La meta de todas las acciones de Autocuidado es contribuir al mantenimiento y promoción de la salud y bienestar, la meta de las acciones de cuidado dependiente se enfoca a mantener y promover la vida, los procesos de desarrollo y bienestar de la persona dependiente.

Los requisitos de Autocuidado y/o cuidado de miembros dependientes de la familia conducen a la investigación y desarrollo de vías para satisfacer requisitos y reafirmar hábitos de cuidado, interviniendo en estos procesos de aprendizaje (Orem, 1982).

Teoría del déficit de autocuidado

Esta teoría es el elemento crítico y eje central de la teoría. Esta teoría se enfoca a todas las limitaciones del AC para realizar conductas prácticas dentro de su dominio y los límites de la enfermería están asociados con la subjetividad de los individuos maduros y en proceso de maduración, respecto a las limitaciones de acción relacionadas o derivadas de la salud que los hace completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y que empiezan a surgir para el cuidado regulador de sí mismos o de las personas que dependen de ellos, y para ocuparse en el continuo desempeño de actividades de cuidado para controlar o manejar de alguna manera

los factores que son reguladores de su propio funcionamiento y desarrollo o del de las personas que dependen de ellos directamente (Orem, 1993).

Teoría de los sistemas de enfermería

Es el componente organizativo esencial de la teoría del (DAC) ya que establece la forma de enfermería y la relación entre las propiedades del paciente y las de enfermería.

Todos los sistemas de acción práctica que son sistemas de enfermería son formados por las enfermeras a través del ejercicio deliberado de las capacidades especializadas de enfermería (agencia de enfermería) dentro del contexto de su relación interpersonal y contractual de personas con déficit derivados de su salud o asociados con ella para la producción de cuidados continuados, efectivos y completos para sí mismas o para las personas que dependen de ellas, a fin de asegurar que las demandas de autocuidado terapéutico son conocidas y satisfechas y que se protege la agencia de autocuidado o se regula su ejercicio y desarrollo.

Sistema de enfermería parcialmente compensatorio: La enfermera y el paciente tienen responsabilidad compartida. La enfermera lleva a cabo algunas medidas de cuidado, compensa limitaciones, el paciente efectúa algunas medidas de autocuidado, regula la agencia y acepta la ayuda de enfermería.

Sistema totalmente compensatorio: La enfermera ejecuta el cuidado terapéutico del paciente, compensa la incapacidad de este para cuidarse así mismo, apoya y protege al paciente.

El sistema de apoyo-educativo es un sistema en el que el paciente puede y debe realizar todas las acciones de AC pero puede hacerlo solamente después de aprender a hacer y / o cómo proporcionar las

acciones requeridas de AC (es decir, el paciente tiene que desarrollar mas (CAC); después de haber obtenido la ayuda para realizar las acciones.

La educación en el paciente es un vehículo importante para informar a los individuos sobre aspectos relacionados con el proceso de salud y enfermedad. Proporcionándoles el logro de un nivel de adquisición de habilidades y llevarlos a aprender cómo usar los servicios de salud de forma más efectiva y eficiente.

El sistema de apoyo educativo se utiliza cuando un paciente puede satisfacer los requisitos de AC pero necesita ayuda en la toma de decisiones, el control de la conducta o en la adquisición de habilidades, actuación de enfermería se enfoca al ejercicio y desarrollo de la agencia de AC, a través de la educación y práctica, para desarrollar habilidades y destrezas para que el paciente efectúe acciones de cuidado así mismo.

Para identificar el sistema de enfermería apropiado es necesaria la selección de métodos de ayuda, Orem identifico cinco métodos:

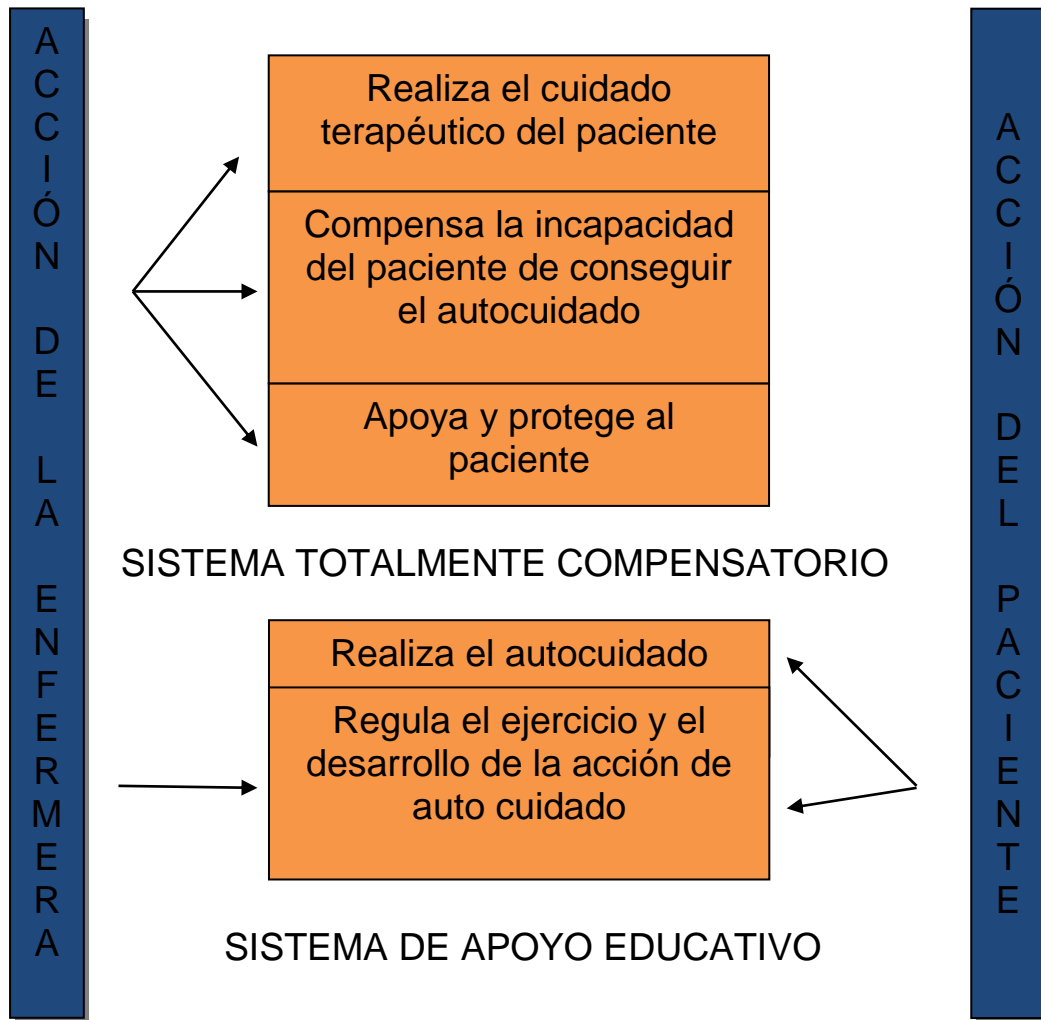
Actuar o hacer las cosas por otro, guiar al otro, apoyar física o psicológicamente al otro, proporcionar un medio para promover el desarrollo personal y enseñar a otro³.

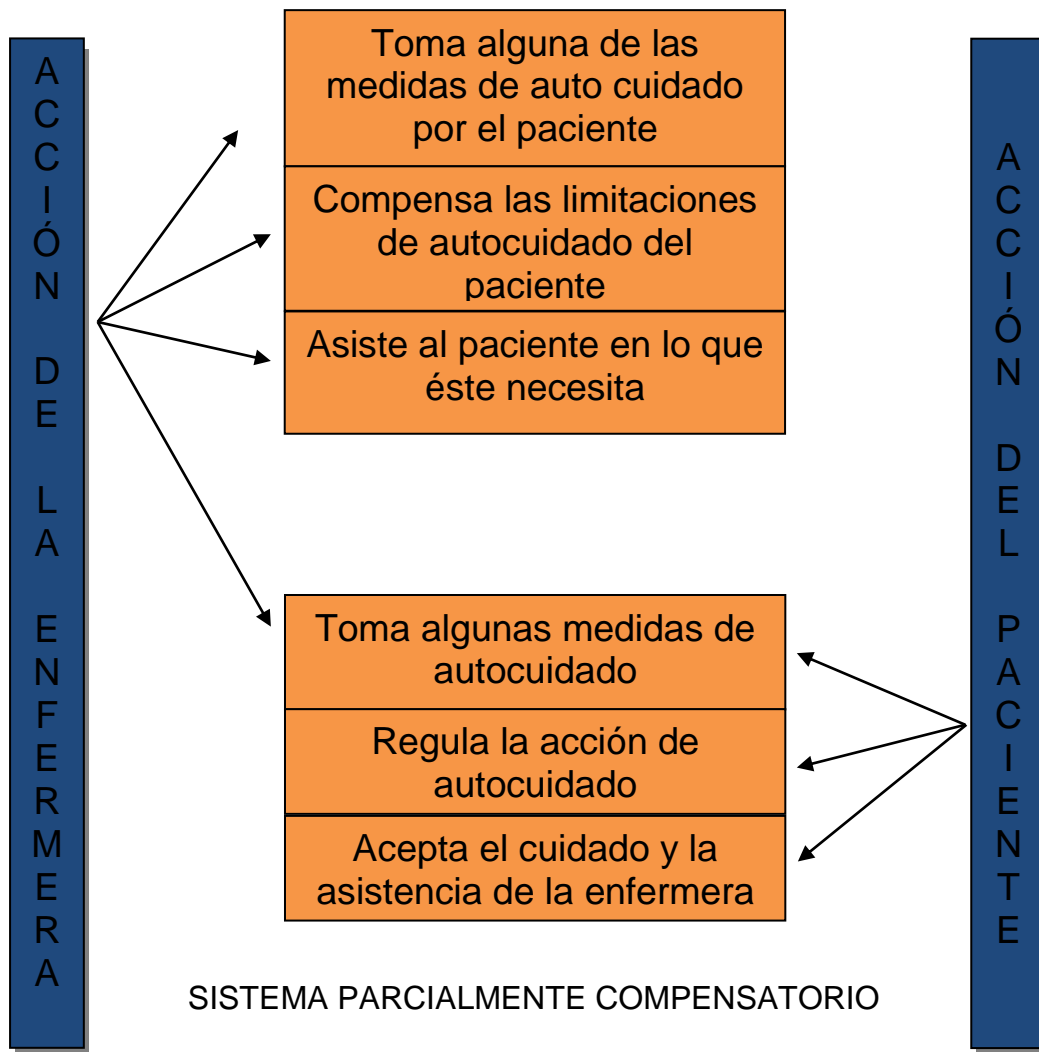
TEORÍA DE SISTEMAS:

Totalmente Compensatorio

Parcialmente Compensatorio

Apoyo Educativo





Fase 1

Diagnostico y prescripción

FASE 1 DIAGNOSTICO Y PRESCRIPCION

EDAD	GENERO	ESTADO DE DESARROLLO	ORIENTACION SOCIAL ECONOMICA	SISTEMA DE SALUD	SISTEMA FAMILIAR	PATRON DE VIDA	ENTORNO AMBIENTAL	SITUACION DE SALUD	RECURSOS
25 AÑOS	FEMENINO	La paciente se encuentra en la cuarta etapa de vida de la juventud y madurez la edad cronológica va con sus características físicas y psicológicas.	La paciente profesa la religión católica estableciendo un relación con dios, cuyo circulo social se encuentra formado de un grupo de mujeres de edades variadas ya que la paciente da clases de manualidades practica ocasionalmente deporte, convive con sus esposo, padres y hermanos.	No cuenta con sistema de salud cuando tiene alguna alteración en su estado de salud asiste al centro de salud de su comunidad los cuales la referenciaron al hospital general de Pachuca hidalgo para atender su padecimiento actual.	Proviene de una familia nuclear ya que al casarse su esposo se va a vivir a su casa donde vive con sus papas lo cual formaron una familia compuesta e integrada	Anteriormente ayudaba a sus papas en casa e iba a la escuela y actualmente se dedica a dar clases de manualidad es le agrada mucho hacer manualidad es en sus ratos libres y se lleva muy bien con su familia.	Cuenta con los servicios de agua potable luz eléctrica alcantarillado su acceso al domicilio es fácil hay combis , no existen fabricas o peligros ambientales cerca de su casa	La paciente presente insuficiencia renal e hipertensión arterial.	Sus papas y su esposo son los principales recursos económicos para solventar los gastos y necesidades de la paciente que se presentan.

Fase 2

Diseño y Plan

Demanda Terapéutica

Requisitos de Autocuidado	Diagnostico de Enfermería.
Universales: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire Mantenimiento de un aporte suficiente de agua Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento	<p>Patrón respiratorio ineficaz relacionado con ansiedad manifestado por respiraciones superficiales, nerviosismo, estado tensional prolongado, angustia y miedo.</p> <p>Exceso de volumen de líquidos relacionado con alteración de los mecanismos reguladores manifestado por edema y piel brillante secundario a IRA.</p> <p>Nauseas relacionadas con irritación gástrica secundario al tratamiento farmacológico manifestado por expresión verbal y sensación nauseosa</p>
De Desarrollo: Ansiedad Temor	<p>Ansiedad relacionada con miedo al proceso de morir manifestado por expresión verbal y desconocimiento de su enfermedad al temor de perder la vida.</p> <p>Temor relacionado con el tratamiento y la hospitalización, manifestada por llanto ocasional, anorexia.</p>
Desviación de la Salud: Piel Infección Hipertermia	<p>Deterioro de la integridad cutánea secundario a proceso renal relacionado con alteración del estado de los líquidos manifestado por piel escamosa y seca.</p> <p>Riesgo de infección relacionado con puerta de entrada para la invasión de microorganismos secundario a la alteración de las defensas y disminución de la hemoglobina.</p> <p>Hipertermia relacionado con proceso infeccioso manifestado por piel caliente, rubicunda, sudoración, hiperemica</p>

Diagnóstico y Terapéutica.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con ansiedad manifestado por respiraciones superficiales, nerviosismo, estado tensional prolongado, angustia y miedo.

OBJETIVO: Mejorar el patrón respiratorio mediante interacción directa con el paciente para lograr calmar su ansiedad a través de un aporte de oxígeno.

SISTEMA DE ENFERMERIA	ACCIONES E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
PARCIALMENTE COMPENSATORIO	El paciente disminuye la sensación de ansiedad realizando actividades de distracción y proporcionándole apoyo emocional.	El hecho de proporcionar apoyo emocional y fomentar la participación puede ayudar al agente de cuidado dependiente a esclarecer y expresar verbalmente sus temores permitiendo al agente de cuidado dependiente aportar refuerzo realista y seguridad.	Se orientó al paciente sobre la importancia de realizar actividades recreativas a mediano plazo.
TOTALMENTE COMPENSATORIO	El agente de cuidado terapéutico realiza la monitorización respiratoria continua evaluando la frecuencia y profundidad.	Los trastornos con componentes emocionales pueden producir trastornos respiratorios (por sus efectos del sistema nervioso autónomo logrando cambios sobre la frecuencia y profundidad de la respiración.	Se realizo la medición y valoración de las constantes vitales (frecuencia respiratoria) y registros enfermeros correspondientes horarios
APOYO EDUCATIVO	El agente de cuidado terapéutico enseña las técnicas de respiración controlada por ejemplo la respiración de labios fruncidos (disminución de la ansiedad).	El intercambio de oxígeno a concentraciones adecuadas por CO2 en la membrana alveolo capilar favorece la oxigenación de los tejidos(Principio de FICK).	El paciente logra mejorar el patrón respiratorio en forma mediata.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Exceso de volumen de líquidos relacionado con alteración de los mecanismos reguladores manifestado por edema y piel brillante secundario a IRA.

OBJETIVO: Disminuir los factores que produzca el aumento o complicación de la retención de líquidos mediante técnicas que favorezcan el retorno sanguíneo y dieta hipo sódica.

SISTEMA DE ENFERMERIA	ACCIONES E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
TOTALMENTE COMPENSATORIO APOYO EDUCATIVO.	<p>El agente de cuidado terapéutico realiza un vendaje compresivo con la finalidad de favorecer el retorno sanguíneo.</p> <p>Administración de diuréticos de ASA Furosemide tableta de 20mg cada 24 hrs.</p> <p>Enseñar y animar al paciente a disminuir el consumo de sodio durante sus alimentos.</p> <p>Enseñar al paciente alternar los periodos de reposo en posición tremdelenburg.</p>	<p>La compresión favorece el flujo sanguíneo a los tejidos disminuyendo el líquido excesivo en el espacio intersticial.</p> <p>Los diuréticos de asa actúan a nivel de las paredes del glomérulo en la reabsorción de líquidos hacia el espacio extravascular</p> <p>Un consumo elevado de sodio aumenta la retención de agua.</p> <p>La elevación de los miembros pélvicos favorece a la disminución del edema ya que fomenta el retorno del flujo sanguíneo.</p>	<p>Se realiza vendaje de miembros pélvicos y se favorece el retorno sanguíneo en un corto plazo.</p> <p>Disminuye el edema identificando signo de Godette con +.</p> <p>El paciente asimila la importancia de la dieta disminuida en sodio en un corto plazo.</p> <p>Se realizó elevación de miembros pélvicos por periodos alternados en un corto plazo.</p> <p>Se logra mantener los líquidos, electrolitos y azoados dentro de los parámetros normales.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA. Nauseas relacionadas con irritación gástrica secundario al tratamiento farmacológico manifestado por expresión verbal y sensación nauseosa.

OBJETIVO. El paciente manifestara de manera verbal la disminución de la sensación nauseosa.

SISTEMA DE ENFERMERIA	ACCIONES E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
TOTALMENTE COMPENSATORIO	El agente de cuidado terapéutico planifica los cuidados de manera que la farmacoterapia sea administrada conforme a horario para minimizar el reflejo nauseoso.	Los fármacos antihistamínicos y antieméticos inhiben la estimulación del vomito que se produce en el bulbo encefálico.	Disminuye el reflejo nauseoso y es capaz de aceptar alimento.
PARCIALMENTE COMPENSATORIO	El agente de cuidado terapéutico intenta consumir en menor cantidad y lentamente los alimentos.	El exceso de alimentos o el consumo rápido de estos puede desencadenar periodos eméticos.	El agente de auto cuidado conoce los alimentos que debe consumir, la cantidad y periodos.
APOYO EDUCATIVO.	Se oriento al paciente y familiares la importancia de preparar alimentos bajos en sodio y exceso de grasa	Las visiones y olores desagradables estimulan el centro del vomito	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Ansiedad relacionado con miedo al proceso de morir manifestado por expresión verbal y desconocimiento de su enfermedad al temor de perder la vida.

OBJETIVO: El agente de cuidado terapéutico ayudara a la persona a reducir o eliminar su grado de ausencia animando al paciente a expresar sus sentimientos brindando confianza y seguridad

SISTEMA DE ENFERMERIA	ACCIONES E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Permitir al paciente que exprese verbalmente sus sentimientos respecto al significado de la muerte. Explicar al paciente que no existen sentimientos correctos o erróneos.</p>	<p>Afrontar la muerte consiste en calibrar los pensamientos acerca del objetivo doloroso. Las estrategias que pueden ayudar a la persona a encontrar un significado a sus éxitos y fracasos pueden mitigar el dolor.</p>	<p>El agente de cuidado logró mantener un estado de mayor tranquilidad y aceptará.</p>
<p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>Orientar a la familia sobre la importancia de animar al paciente.</p>	<p>El animar a la familia o amigos para que hablen con la persona no acerca de ella, brindan apoyo emocional al paciente.</p>	<p>Logró la percepción de su enfermedad como un proceso que con lleva a una serie de cambios fisiológicos psicológicos y además requiere de un cuidado estricto para evitar mayores complicaciones a un mediano plazo.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Temor relacionado con el tratamiento y la hospitalización, manifestada por llanto ocasional, anorexia.

OBJETIVO: El paciente manifestara ausencia de su bienestar psicológico el cual repercutirá en su bienestar fisiológico.

SISTEMA DE ENFERMERIA	ACCIONES E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
PARCIALMENTE COMPENSATORIO	El agente de cuidado terapeutico fomenta la seguridad en el paciente lo que permite la aceptación de su diagnostico y adaptación a su propia enfermedad y por lo mismo su apego a su tratamiento.	Los sentimientos de seguridad aumentan cuando una persona se identifica enfrentando con ente, su situación de temor.	El agente de auto cuidado logró disminuir su temor y mejorar el estado emocional así como la adaptación al medio hospitalario y a su mismo proceso patológico.
APOYO EDUCATIVO	Motivar al paciente a la realización de actividades físicas y ocupacionales.	Las reacciones físicas crónicas ante factores de estrés conducen a la vulnerabilidad y enfermedad crónica	El agente de auto cuidado se encuentra motivado y activo.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA. Deterioro de la integridad cutánea secundario a proceso renal relacionado con alteración del estado de los líquidos manifestado por piel escamosa y seca.

OBJETIVO: Reducir al máximo los factores que contribuyan a la irritación de la piel.

SISTEMA DE ENFERMERIA	ACCIONES E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p> <p>APOYO EDUCATIVO.</p>	<p>Mantener la piel del paciente limpia y seca.</p> <p>El agente de cuidado terapéutico fomenta al máximo la movilización para evitar la presión durante periodos prolongados. Se realizó cambios posturales continuos y colocación de almohadillas en salientes óseas</p>	<p>Los factores que contribuyen a la destrucción tisular pueden ser intrínsecos o extrínsecos, cuantos más factores haya más vulnerable es el paciente.</p> <p>El ejercicio y la movilidad aumentan el flujo de sangre a todas las zonas del cuerpo. La presión prolongada sobre las salientes óseas y otras zonas del cuerpo pueden provocar necrosis y úlceras por decúbito.</p>	<p>El paciente cooperó en la realización de baño cambio de ropa de cama, y lubricación de la piel en un corto plazo.</p> <p>El agente de cuidado terapeutico logró mantener la movilización de manera dinámica para favorecer la circulación venosa así como bienestar físico y psicológico a un mediano plazo.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Riesgo de infección relacionado con puerta de entrada para la invasión de microorganismos secundario a la alteración de las defensas y disminución de la hemoglobina.

OBJETIVO: El agente de cuidado terapéutico disminuirá los factores de riesgo asociados a infección tomando precauciones necesarias.

SISTEMA DE ENFERMERIA	ACCIONES E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO.</p>	<p>Observar la aparición de manifestaciones clínicas de infección en el paciente.</p>	<p>Los cambios sutiles de las constantes vitales, en especial la aparición de la fiebre pueden ser signos precoces de sepsis.</p>	<p>Se lleva un registro de la curva térmica en la hoja de enfermería.</p>
<p>TOTALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>El agente de cuidado terapéutico administra los antibióticos profilácticos indicados para favorecer la disminución de un riesgo de infección.</p>	<p>Los antibióticos administrados con el intervalo adecuado aseguran el mantenimiento de las labores terapéuticas.</p>	<p>Se proporciono el tratamiento de antibióticoterapia conforme a horarios establecidos.</p>
<p>APOYO DE EDUCATIVO</p>	<p>Enseñar al paciente la importancia de la higiene en el hospital tanto como en su domicilio.</p>	<p>La higiene en general reduce el riesgo de infección actuando al mismo tiempo con algunos agentes químicos como jabón neutro disminuyendo el afecto de los microorganismos.</p>	<p>El paciente aprendió la importancia de la higiene y se comprometió en realizarla tanto aquí en el hospital asi como en su domicilio.</p>

Diagnostico de Enfermería.- Hipertermia relacionado con proceso infeccioso manifestado por piel caliente, rubicunda, sudoración.

Objetivo: Mantener la temperatura corporal dentro de las cifras normales.

SISTEMA DE ENFERMERIA	ACCIONES E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
PARCIALMENTE COMPENSATORIO	El agente de cuidado terapéutico monitorea la temperatura corporal cada 4 horas	La medición de la temperatura corporal permite identificar en forma optima la presencia de infección	Se registro la curva térmica y se observo las variaciones de las temperatura de 38 o C
PARCIALMENTE COMPENSATORIO	El agente de cuidado terapéutico aplica compresas frías	La aplicación de frio por tiempo corto causa constricción del riego sanguíneo, metabolismo y temperatura.	La fiebre no disminuyo mediante la aplicación de medios físicos y se vigilo constantemente el sitio de aplicación
PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Registrar en la hoja de enfermería datos de valoración y acciones realizadas	Las notas de enfermería constituyen el documento legal que facilita la comunicación entre los integrantes del equipo sanitario y respaldan las actuaciones de la enfermera	Se registraron signos vitales cada tres horas para obtener datos fidedignos

FASE III

Regulación y control:

Regulación	Control
<p>Se aplican las distintas intervenciones planteadas, en las cuales existen participación del agente de autocuidado con diagnostico de Insuficiencia Renal aguda.</p> <p>Las intervenciones se llevan a cabo en la unidad hospitalaria y se agregan intervenciones en base a sus necesidades que realizara en domicilio.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Se incrementan defensas.• Mejora la alimentación.• Disminuye el riesgo de infección.• Acepta bañarse diariamente.• Capacidad para bañarse.• Compromiso con el profesional de enfermería.• Identifica los alimentos que debe ingerir.• Identifica la cantidad y la tipo de bebidas a ingerir.• Sabe que alimentos ingerir en su domicilio.• Aumenta el número de evacuaciones a 3 al día.• Conoce terapias de relajación.• Compromiso de aplicación de terapia en domicilio.• Disminuye la ansiedad aplicando técnicas de relajación. • Se adapta al contexto.• Se mitiga el temor.

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• El agente de autocuidado se siente mas seguro.• Conoce su enfermedad y tratamiento lo que le da mayor seguridad.• Disminuyen lesiones en un periodo de 6 días.• La piel se nota más hidratada.• Disminuye el edema.• Se controla tensión arterial con cifras 125/85.• El agente de autocuidado es capaz de llevar su autocuidado, comprometiéndose a actuar con responsabilidad y cumplimiento en su tratamiento.
• Disminuye edema.• Micciones 3 veces al día.
• Balance electrolítico. |
|--|---|

6. Conclusión

En base a la identificación de los requisitos de autocuidado, se identificaron las principales demandas de autocuidado en el paciente con Insuficiencia Renal Aguda, encontrando problemas con enfoque holístico (cuerpo, mente y alma), a la valoración se detectan importantes datos fisiopatológicos, por lo que los principales problemas estriban en las respuestas humanas el cual es el enfoque y razón de ser de la enfermería. De acuerdo a los problemas encontrados se diagnosticó y planes, ya que se contó con una importante participación del agente de autocuidado lo que coadyuvo en el incremento de sus capacidades de autocuidado en el control de su enfermedad durante su estancia hospitalaria, así como pudo satisfacer otras necesidades de tipo sentimental y emocional.

Considerando la etapa de regulación y control, se concluye que la Teoría General del Déficit de Autocuidado permite abordar al agente de autocuidado de forma integral y atendiendo a sus distintas demandas, por consiguiente el proceso atención de enfermería en sus distintas etapas aplica la flexibilidad, la interacción el aspecto humanístico y sobre todo ayuda a no omitir datos relevantes en el agente de autocuidado.

El paciente abordado en el presente proceso atención de enfermería egresa a su domicilio estable después de 18 días de estancia hospitalaria lo que permitió aplicar el proceso atención enfermería desde una perspectiva metodológica de todo profesional de enfermería y con un importante incremento en sus capacidades de autocuidado.

5. Bibliografía

- 1.- Kart. J. Issel Batcher PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA-Edición 13ª Vol. II Ed. McGraw-Hill Interamericana . Nueva York, Tokio, 1997.
- 2.- Smeltzer. Suzanne C. Brenda. G. Bare ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA. Edición Novena Vol. 2 Ed. McGraw-Hill México, 2002.
- 3.- Marriner Tomey A, Raile. Alligood M. MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA. Madrid: Harcourt, SA. 4ª Ed. 1999. p 175-94.
- 4.- Cieza J, Gutiérrez R, Estremadoyro L. y Miyahira J. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS. Rev Med Hered 1993; 3: 140-147.
- 5.- Ballesteros, H et al. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y LA CIENCIA. En: Conceptos de Enfermería. Barcelona: Doyma; 1993.
- 6.- Costanzo, Linda S. FISIOLÓGIA. Edición 1ª, Ed. Graw-Hill. Interamericana México D F, 2002.
- 7.- Hernández S, METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION, edición 5ª. McGraw-Hill, 2007
- 8.- Garder-Gray-O`Rahilly Ronan ANATOMIA Edición Quinta Vol. 1 Ed. Interamericana. McGraw-Hill México 2000.
- 9.- Jacob Francote Lossow ANATOMIA Y FISILOGIA.
- 10.- Anthony Catherine parker. ANATOMIA Y FISILOGIA Edición 10ª. Ed. McGraw-Hill. Interamericana México D F, 2003.
- 11.- Rodríguez S. Bertha A. PROCESO ENFERMERO Aplicación Actual Edición 2ª. Ed. Cuellar México D.F. 1999.

- 12.- Osentein Stert Dr. Emilio DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS Edición 48 Ed. México, 2002.
- 13.- Juall Lynda Carpenito DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA Edición 9ª. Ed. Mc Graw-Hill. Interamericana México, 2000.
- 14.- Griffin, A. En: Carlson, J.H. et al. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Madrid: Pirámide; 1985.
- 15.-Teorias y Modelos Para la Atención de Enfermería Antología 2ª. Edición Junio 2003 3ª. Reimpresión Mayo 2006 Manual Bases de la Enfermería.
- 16.- Iyer P W, Taptich B J, Bernochi-Losey D. PROCESO Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. México: Mc Graw- Hill interamericana. 3ed; 1997. p 2-15.
- 17.- Rosales Barrera Susana, Eva Reyes Gómez MANUAL MODERNO Edición 3ª. Ed. Manual Moderno México DF. 2004.
- 18.-Leddy Susan, Mae Pepper J. BASES CONCEPTUALES DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL. Filadelfia: J. B. Lippincott Company; 1989. p 165-67.
- 19.-Lawrence M. Tierney, DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO Edicion 36 a. vol 1 Ed. El manual moderno (Colombia) Santa fe de Bogota México 2001.
- 20.-Joanne M, Gloria M. CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA, 4ª Edición, Mosby, 2007.
- 21.-Sue M, Marion J. CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA, 3ª edición, Mosby.
- 22.-NANDA, DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA, DEFINICIONES Y CLASIFICACION, edición 2007-2008, Elseiver.

8.

ANEXOS

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA (Adulto)

I FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

A.- CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Nombre. ICFO Edad 25 años Genero Femenino **Estado Civil**

Casada **Religión** Católica **Lugar de Residencia** Tulancingo

Hidalgo Calle Lucerna 301 Col. Francisco I madero

Nivel Educativo Secundaria 2do. año **Ocupación y Horario** Hogar
ama de casa

Dependencia Económica: De quien depende? Papas y Esposo

¿**Quién depende de usted?** Nadie.

¿**Con quien vive?** Con papas, esposo, hermanos

Edades de las personas con quien vive 35 años, 32 años, 26 años,
15 años, 5 años.

Actividades recreativas Hacer manualidades, Piñatas,
Portarretratos, Canastas, Pintar.

¿**Tiene alguna enfermedad crónica si aguda?** ¿cuál? IRC **Tiempo
de evolución:** 1 año

B.- CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

**1.- Tipo de familia (nuclear, extensa, compuesta, incompleta,
otras)** Compuesta

Integra. Si

2.-Rol del usuario dentro de la familia. Esposa, hija, hermana.

**3.-Miembro de la familia (o amigos) que es el principal apoyo del
usuario.** Mamá

4.-¿Como describe la comunicación dentro de su familia?

(buena, mala, superficial, conflictiva, regular) buena

5.-¿En caso de problemas familiares, laborales, etc., a quien recurre? A papas y entre todos.

¿como los afronta? Con Responsabilidad

6.-Dentro de la familia quien es la persona que cubre las siguientes necesidades:

Fisiológicas Ella **de seguridad** (protección) papas, esposo, hermanos y ella misma

de salud ella **materiales** papas esposo, hermanos

C.- PATRÓN DE VIDA

¿Qué hábitos higiénicos dietéticos lleva a cabo la familia?

¿Desarrolla actividades deportivas y recreativas? Si ¿Por qué?
para mantener mejor su salud.

D.- CARACTERÍSTICAS AMBIENTALES

1.-El hogar cuenta con:

Agua potable si, **luz eléctrica** si, **alcantarillado** si, **teléfono celular** si **pavimentación** no.

2.-La comunidad cuenta con:

Servicios básicos no todos, **grupos de apoyo** si, **cuáles** alcohólicos anónimos, centro de salud, oportunidades, grupo del adulto mayor.

Hay peligros ambientales. no **cuáles**

¿Cómo es el acceso a la comunidad? Fácil hay transporte combi, autobús, taxi.

E.- ESTADO DE SALUD

1.-¿Como percibe su estado de salud? Regular delicado

2.-¿Para usted que es la salud? Pues estar bien sentirse bien.

3.-¿Qué espera en relación con su salud? Que no empeore que por lo menos que se mantenga estable respecto a su enfermedad.

4.-¿A que servicio de salud acude usted regularmente? Centro de salud de mi municipio y aquí hospital general Pachuca.

F.- SIGNOS VITALES

Temperatura 36.5 Pulso 82 Respiración 26 T. A. 120 -60

II REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

A AIRE

1.- **Tiene problemas para respirar** Si a que lo atribuye a que se le tapa su nariz por un problema de garganta que tuvo y no fue cuidado a tiempo.

2.- **¿Conque mejora?** Con inyecciones de ampicilina y nebulizaciones

3.- **¿Necesita ayuda para respirar?** Si a veces oxígeno.

4.- **¿Realiza caminatas al aire libre?** Si

5.- **¿Asiste a lugares contaminados?** Si anteriormente a la disco o a fiestas y ella dice que fumaban y ella respiraba ese humo.

6.-**¿ Frecuenta lugares concurridos?** Ahorita no por su enfermedad pero anteriormente si a fiestas reuniones o la disco.

Sistema respiratorio

1.- **¿Presenta tos crónica?** no pero dice que si tuvo a causa de su enfermedad de la garganta que no se cuidó

¿Cuál es su tratamiento? La paciente refiere que le dieron ambroxol

Otros.

2.- **¿Producción de esputo?** No **Características.**

¿Cuál es su tratamiento?

Otros.

Piel:

1.-**¿Cuántas veces se baña a la semana?** Cada tercer día **¿Cambio de ropa a la semana?** Diario

2.-**¿Ha presentado lesiones?** si prurito resequedad a causa de su enfermedad IRC **es alérgica** no(especifique):_____

3.- **¿Cómo cuida su piel?** Lubricándola con crema y talco.

Sistema cardiovascular:

1.- **Presenta alteraciones del ritmo cardiaco** La paciente refiere que si cuando le da estrés se le acelera su corazón taquicardia.

2.- **¿Cómo mejora?** Tranquilizándose tratando de respirar lento y profundo.

3.- **¿Presenta alteraciones de su presión arterial?** Si **¿Cuáles?** hipertensión a causa de su insuficiencia renal.

¿Está en tratamiento? Si estoy tomando Prazocin y Diltiazem.

Sistema vascular periférico:

1.- **Presenta en miembros superiores e inferiores:**

Dolor	Si	Edema	Si
Falta de movimiento	Si	Hormigueo	Si
Calambres:	Si a veces	Otros prurito.	

B.- AGUA:

1.- **¿Cantidad y tipo de líquidos que consume al día?** Antes dos litros ahora uno nada mas agua de sabor, refresco, te y simple.

2.- **¿Considera que el agua que consume es acorde a sus necesidades?** La paciente dice que no sabe bien cuanta agua debe tomar al día.

3.- **El agua que consume para beber proviene de:** Garrafón y a veces la hierve.

4.- **¿Qué método utiliza para purificar el agua.** Hervirla.

C.- ALIMENTOS

1.- **¿Cuáles son los alimentos que consume con mayor frecuencia?** Verduras, pan tostado, leche, fruta, pescado, caldo de pollo.

2.- **Alimentos de su preferencia.** Pescado filete, patitas de pollo, guayabas hervidas chayote hervido manzanas, sopa, arroz.

3.- **Alimentos que le desagrada consumir.** Calabazas, zanahorias, ejotes, chicharos ,cebolla frijoles.

4.- **¿Consume suplementos alimenticios?** No

5.- **Ha tenido que cambiar su dieta a causa de su enfermedad (y/o de su tratamiento) Si ¿Cómo?** La paciente refiere que no puede comer de todo y come poco porque si come mucho le duele su estomago.

6.- Mencione usted cuales son las medidas higiénicas que utilizan en su casa en la preparación de los alimentos. Se lava las manos agua de garrafón, cocer y hervir algunos alimentos.

6.- ¿Tiene importancia para usted el aumentar de peso? No

7.- ¿Qué importancia tiene el bajar de peso para usted? Si ¿por qué? tiene anemia.

8.- ¿Cuál es su peso actual? 44.500 kgrs. **Talla:** 1.47cm

9.- Tiene problemas para comer, masticar, deglutir, llevarse los alimentos a la boca. La paciente refiere que no ahorita no pero cuando se enferma de la garganta si le dolía para pasar la comida.

Garganta:

1.- ¿Ha presentado infecciones graves de garganta en su vida? Si
¿Cuando fue la última vez? En marzo del 2007 **¿Cuál fue su tratamiento?** Ampicilina inyectable paracetamol y naproxeno.

Sistema Gastrointestinal:

1.- Presenta con frecuencia:

Dolor abdominal	Si
Anorexia	No
Nauseas	si
Vómito (emesis)	Si a veces
Polifagia	No

Tratamiento.

Otros trastornos gastrointestinales:

D.- ELIMINACIÓN

1.- ¿Cuantas veces orina al día? Una al día características de la orina poca orina color amarilla concentrada espesa como con grumos blancos.

2.- ¿Se levanta para orinar en la noche? (nicturia) Si **¿Cuál es la causa?** Su insuficiencia renal.

3.- Requiere apoyo de sonda para orinar. No

Presenta: **Dolor en el momento de orinar** (disuria) Si **¿Cuál es la causa?**

La paciente refiere que es desde que le pusieron el catéter rígido.

Incontinencia urinaria No **Dificultad para iniciar la micción** No

Sangre en la orina (hematuria) No **a que lo atribuye, con que mejora**

4.- ¿Cuántas veces evacua al día? Una vez **¿Características de la heces?** Estreñimiento duro y bolitas.

Presenta: Estreñimiento.

¿A qué lo atribuye? a la alimentación y a su enfermedad **¿Con que mejora?** con papaya o a veces le dan senosidos, unas pastillas.

E.- ACTIVIDAD Y REPOSO

1.- ¿Necesita apoyo para movilizarse de un lugar a otro? Si **¿De que tipo?** Para levantarse para ir al baño o ir algún lugar porque no tiene fuerzas se siento sin ganas de nada y le duelen sus pies y piernas y las tiene edematizadas.

2.- ¿Lleva a cabo algunas rutinas de ejercicio? No.

3.- ¿Considera que tiene la energía suficiente para:

Alimentarse Si

Arreglarse No

Cuidar su higiene Si

Cocinar Si

Arreglar su casa No

Trabajar No

4.- ¿Acostumbra a descansar durante el día? Si

5.- ¿Cuántas horas acostumbra dormir en la noche? 8 a 10 hrs. **¿Tiene alguna rutina antes de dormir?** no ninguna

6.- ¿Presenta insomnio? Si desde que tiene la insuficiencia renal **¿Toma algún medicamento para dormir?:** no

Sistema músculo-esquelético

1.- Presenta o ha presentado en músculos y articulaciones:

Dolor: Si **Rigidez:** Si pies **Inflamación:** Si en pies y brazos

Tratamiento. Se le quita un poco cuando la dializan

Sistema Neurológico

1.- **Estado de conciencia.** Conciente **Orientación en tiempo** si **lugar** si **persona** si

2.- **¿Presenta adormecimiento en algunas partes de su cuerpo?** Si A veces en brazos y piernas hombros manos, pies.

3.- **¿Hormigueo en algunas partes de su cuerpo?** No

4.- **¿intolerancia al calor?** No **¿Intolerancia al frío?** Si

5.- **¿Ha percibido cambios en su memoria?** No

6.- **Se observa al usuario:**

Nervioso Asertivo Pasivo Triste Deprimido otros. Le preocupa su enfermedad tiene miedo a empeorar ella dice que quiere que le hagan lo mas pronto posible su trasplante de riñón de alguien de su familia.

7.- **¿Las actitudes del usuario están acordes con sus palabras?** Si

Explique porqué si porque si es congruente lo que habla.

8.- **¿Presenta el usuario problemas para aprender?** Si

Especifique porque. Porque dice que no fácilmente se le quedan las cosas que ese fue su problema en la secundaria y empezó a reprobado matemáticas y decidió ya no asistir.

F.- SOLEDAD INTERACCIÓN SOCIAL

1.- **¿Se considera una personal sociable?** Si pero poco

2.- **¿Tiene problemas para entablar comunicación con los demás?** Si

¿Cuál es la causa? temor por ahora mi enfermedad de que me vean mal o me digan que es una muerte lenta.

Sistema auditivo y ocular

1.- **¿Presenta problemas para escuchar?** No cuál es la causa

2.- **¿Necesita apoyo para escuchar?** No

3.- **¿Presenta zumbido de oídos?** (acufenos) A veces.

4.- **¿Presenta problemas para ver?** No **¿Cuál es la causa?**

5.- **Usa lentes.** No

6.- **Otros problemas en oídos u ojos ¿Cuáles?** infección en garganta y también en oídos.

Sistema Reproductor:

1.- **Ha recibido educación sexual** Si Formal

2.- **Inicia vida sexual activa.** A los 15 años.

3.- **Utiliza algún método de planificación familiar** No.

4.- **Número de embarazos** uno 1 número de hijos vivos ninguno

5.- **Número de parejas sexuales** 2

6.- **¿Tiene problemas de infertilidad?** Si **¿Cuál es la causa?** su enfermedad insuficiencia renal no tiene menstruación desde que tiene insuficiencia renal.

¿Está en tratamiento? No

7.- **¿Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual?** No

Está en tratamiento_____ **en que consiste:** no

8.- **¿Cirugías realizadas en el aparato reproductor?** No ninguna

¿Cuál fue la causa? solo dos pero para que le pusieran el catéter de diálisis.

Hombre

1.- Acude a examen testicular_____ Frecuencia_____

2.- ¿Se realiza examen de la próstata?_____ frecuencia_____

3.- ¿Presenta problemas de erección? Si____ No____Presenta problemas de eyaculación precoz?_____

Mujer

1.- **Edad de la menarca** 12 años **Nº de días del ciclo menstrual** 3 o 4 dias **Tipo, cantidad y características de flujo.** Poco regular.

2.- **¿Presenta algún problema durante su menstruación?** Si a veces cólicos menstruales.

3.- Número de embarazos 2 dos **Abortos** óbito a los 5 meses y otro a los 3 meses.

¿Cuántos embarazos de alto riesgo? 2 **Tiempo entre cada embarazo** un año.

4.- ¿Frecuencia de examen mamario? Una vez **Fecha del ultimo examen.** no se acuerda

5.- ¿Frecuencia de citología vaginal? no se lo a realizado **Fecha del último examen**

¿Cuál ha sido el resultado de los 2 exámenes anteriores. Bueno el de mama

¿Cuál ha sido el tratamiento? ninguno

6.- Edad de inicio de la menopausia.

Mencione los signos y síntomas que presenta.

Resultado.

G.- PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA:

1.- Consideras que las adicciones son nocivas para tu salud Si

¿Habitualmente fuma? No **¿cuántos cigarros fuma al día?** ninguno

¿Habitualmente consume bebidas alcohólicas? No **frecuencia**

Consume algún tipo de drogas? No **frecuencia**

2.- ¿Cuáles son las prácticas personales de seguridad que realiza cotidianamente? Cuidarse la cuida su familia y ella a ellos

3.- ¿Que acciones de seguridad realiza para el cuidado de su familia?

Cuidarse todos.

H.- NORMALIDAD, FUNCIONAMIENTO, DESARROLLO DENTRO DE GRUPOS SOCIALES, LIMITACIONES.

1.- ¿Se acepta en su aspecto?:

Físico Si

Emocional Si a veces

Familiar Si

Profesional No

Social Si

2.- ¿Acepta cambios provocados por estado actual de salud? pues Si
Porqué no le queda otra.

3.- ¿Qué opinión tiene de su vida? Seguir adelante lo que le espera y
tratar de no deprimirse por su enfermedad.

4.- ¿Satisface sus necesidades? si algunas no todas.

III REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

CONDICIONES QUE PROMUEVEN O IMPIDEN EL DESARROLLO

A.- ETAPAS DEL CICLO VITAL

1.- ¿Recuerda usted algún problema o algún aspecto relevante referente a su salud en alguna de las siguientes etapas de su vida?

Recién nacido. No

Niñez Si **¿Cuál?** Un desmayo y dice su mama que estuvo en el hospital unos días.

Adolescente Si **¿Cuál?** Infección grave en garganta y oídos e infección gastrointestinal.

Adulto joven Si la insuficiencia renal

Adulto maduro No.

Adulto mayor No.

B.- ESTADÍO INTELECTUAL

1.- ¿Hasta que grado académico llegó y cuál fue la causa? Hasta segundo grado de secundaria.

2.- ¿Le gusta leer e instruirse en forma independiente? Si **¿Porqué?**
Para saber más.

3.- ¿Le gusta seguir estudiando? Si **¿Porqué?** Para terminar una carrera técnica

4.- Tiene facilidad para aprender No **¿Porqué?** No se aprende fácilmente las cosas.

C.- ESTADÍO MORAL

1.- ¿Qué valores son importantes para su vida? Respeto, tolerancia, honestidad, igualdad, autoestima.

HISTORIA DE SALUD FAMILIAR

1.- ¿Tiene familiares enfermos? Si **¿Quién? (es)** su tía y **¿de qué?** De diabetes.

2.- ¿Tiene familiares cercanos que hayan fallecido? No.

¿Cuál fue la causa?

3.- ¿Qué opinión tienen sus familiares sobre la salud? Que hay que estar bien de salud.

IV REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

1.-¿Cada cuando acude usted al médico? Cada semana o mes o cada que me citan.

2.-¿Le han diagnosticado alguna enfermedad ? Si **¿Cual?**
Insuficiencia renal crónica

3.-¿Lo han hospitalizado anteriormente ? Si **Cuál** fue la causa si por la infección que tuvo de garganta y después lo de la IRC

4.-¿Quién lo apoya cuando está enfermo? Toda sui familia principalmente su mama y su esposo.

5.-¿Cómo afronta usted los problemas? Con responsabilidad

6.-¿Actualmente está usted enfermo? Si

7.-¿Conoce usted su padecimiento? Si el medico y una enfermera se lo explico.

8.-¿Qué cambios ha notado con su padecimiento actual? Varios como en su piel en su cuerpo boca en todo. Cansancio, sueño, irritabilidad resequedad en el cuerpo ronchitas comezón

9¿Identifica que apoyos necesita el usuario (físicos, familiares, económicos, espirituales). Físicos y económicos.

10.-**Conclusiones de la valoración:** Siguiendo la metodología para realizar la fase de valoración del proceso atención enfermería se realizó la exploración cefalocaudal y por aparatos y sistemas.

EXPLORACION FISICA.

EXPLORACION CEFALOCAUDAL.

Cabeza a cara; En cara presenta tristeza angustia por su padecimiento actualmente, sin ninguna cicatriz, tumoración cirugía o malformación, ojos normales sin ninguna cirugía, ni anteojos, nariz narinas permeables, orejas con oídos escuchando bien con perforaciones en las orejas de aretes que usa. Boca cuenta con la mayoría de piezas dentales porque asiste regularmente al dentista, cuello normal.

Tórax anterior. Ruidos cardiacos presentes con frecuencia cardiaca de 86 latidos por minuto, e intensidad y ritmo, glándulas mamarias sin deformidad ni tumoración ni cicatrices.

Tórax posterior.-Pulmones ventilando con 22 respiraciones por minuto adecuadamente inhalación y exhalación.

Abdomen.- Dolor a la palpación herida quirúrgica por catéter de tenckof con signo de infección.

Extremidades Superiores. Sin lesiones, sin cicatrices, con debilidad y completas y edema.

Extremidades inferiores.-Con cicatriz de una cortada por caída del columpio, con atrofia muscular debido ala IRC , con debilidad sin flexibilidad.

Genitales.- sin lesiones de tipo venéreo, de acuerdo a la edad y sexo

Glosario

Aldosterona: hormona sintetizada y liberada a partir de la corteza suprarrenal causa reabsorción de sodio por los riñones.

Anemia: deficiencia del numero de eritrocitos o de hemoglobina.

Anorexia: pérdida del apetito.

Anuria: gasto urinario menor de 50 ml en 24 hrs.

Astenia: debilidad corporal

Bacteriuria: bacterias en la orina recuento bacteriano mayor de 100 000 colonias/ litro.

Creatinina: producto de desecho endógeno del metabolismo de la energía muscular.

Diálisis: separación; de cristaloides y coloides por la difusión mas rápida de los primeros a través de membrana.

Densidad urinaria: refleja el peso de las partículas disueltas en la orina; expresión de un grado de concentración de la orina.

Depuración: volumen de plasma del que puede depurarse un soluto específico por los riñones.

Disuria: micción dolorosa o difícil.

Disnea: Dificultad respiratoria de aire

Diuresis: Grandes cantidades de orina

Edema: exceso de líquido en los tejidos.

Eliminación: Expulsión de desechos de la economía.

Eritrocito: glóbulo rojo de la sangre.

Eritropoyesis: formación de eritrocitos.

Fiebre: hipertermia temperatura corporal que excede de 37°.

Glomérulo: Conjunto de capilares que forman parte de la nefrona a través de la cual ocurre filtración.

Glucosa: monosacarido o azúcar simple; el azúcar principal de la sangre.

Hematuria: eritrocitos en la orina.

Hemoglobina: proteína que posee hierro contenida en los eritrocitos.

Hipercalemia: concentración sanguínea de potasio mayor de lo normal.

Hipernatremia: concentración sanguínea de sodio mayor de lo normal.

Hiperpotasemia: concentración sanguínea de potasio que excede de lo normal.

Hipertensión: presión arterial que excede de las cifras normales

Hipovolemia: volumen sanguíneo que excede de lo normal.

Hormona Antidiurética: hormona secretada por la glándula hipófisis posterior incrementa la reabsorción de agua por los riñones.

Incontinencia urinaria: perdida involuntaria de orina.

Membrana: hoja o lámina delgada.

Micción: acción de orinar

Nefrona: unidad estructural y funcional de los riñones encargada de la formación de orina.

Nicturia: necesidad de despertarse en la noche para orinar.

Nitrógeno ureico: producto final nitrogenado del metabolismo de proteína.

Oliguria: gasto urinario total menor de 400 ml en 24 hrs.

Osmolalidad: número de partículas disueltas por kilogramo de orina.

Osmolaridad: número de partículas por litro de orina expresión del grado de concentración de la orina.

Plasma: porción líquida de la sangre

Peritonitis: inflamación del peritoneo

Piuria: leucocitos en la orina.

Polaquiuria: micción a una frecuencia mayor de cada tres horas.

Proteinuria: proteínas en la orina.

Reabsorción tubular: movimiento de una sustancia desde los túbulos renales hacia la sangre en los capilares peritubulares o vasos rectos.

Secreción tubular: movimiento de sustancias desde la sangre en los capilares peritubulares o vasos rectos hacia los túbulos renales.

Síndrome urémico: Ocurre cuando una infección en el aparato digestivo produce sustancias tóxicas que destruyen los glóbulos rojos y con frecuencia afecta a los riñones.

Taquipnea: Elevación de la frecuencia respiratoria por arriba de los valores normales adultos 18 a 20 en reposo.

Tasa de filtración glomerular: volumen de plasma filtrado en el glomérulo en el interior de los túbulos renales cada minuto; lo normal es aproximadamente 120/ml.